



Surgical Treatment of Internal Carotid Bifurcation and Pericallosal Artery Aneurysms with Unilateral

Unilateral Frontopteriyonel Cilt İnsizyonu ile Uygulanan Pteriyonel ve Frontal Paramedian Kraniyotomi

Aneurizmada Frontopteriyonel İnsizyon / Frontopteriyonel İncision for Aneurysms

Cengiz Çokluk, Enis Kuruoğlu, Abdullah Marangoz, Kerameddin Aydın
Ondokuzmayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Özet

Amaç: Aneurizmalar subaraknoid kanamanın başta gelen nedenleri arasındadır. En sık görülen aneurizma şekli tekli aneurizmadır. Ancak nadir olmamakla birlikte çoklu aneurizmalar da görülebilir. **Gereç ve Yöntem:** Daha önceden rüptüre olmuş sol internal karotid arter bifurkasyon aneurizması nedeniyle ameliyat edilmiş 55 yaşında kadın olgu bir ay kadar sonra insidental sağ internal karotid bifurkasyon ve pericallosal arter aneurizması nedeniyle hastaneye, cerrahi tedavi için yatırıldı. **Bulgular:** Cerrahi tedavi sırasında, karşı taraf pupilla hizası sağı deri sınırından başlayarak ipsilateral pteriyonel bölgeye gelen cilt insizyonu planlandı. Bu insizyon sağ para median kraniyotomi ve pteriyonel kraniyotomi yapılmasına imkan sağlamaktaydı. Öncelikle pteriyonel kraniyotomi yapıldı. Silviyan diseksiyonu takiben internal karotid arter bifurkasyon bölgesinde lokalize aneurizmaya ulaşıldı. Aneurizma diseksiyonu edilecek klipse edildi. Daha sonra sağ frontal paramedian kraniyotomi yapıldı ve interhemisferik fissürden ilerlenerek pericallosal arterde yerleşik aneurizma kliple edildi. **Tartışma:** Bu tip çoklu aneurizma yerleşimlerinde klasik pteriyonel cilt insizyonu tek taraflı frontopteriyonel insizyona modifiye edilerek tek seferde iki kraniyotomi ile her iki aneurizma da tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler

Internal Karotid Arter Bifurkasyonu; Aneurizma; Pericallosal Arter Aneurizması

Abstract

Aim: Aneurysms are one of the primary reasons of subarachnoid hemorrhage. The most common aneurysms are the solitary aneurysms. In the same time multiple aneurysms may be seen. **Material and Method:** Fifty five years old woman who underwent one month ago because of ruptured left internal carotid artery aneurysm was admitted to hospital for surgical treatment of incidental left internal carotid bifurcation and pericallosal artery aneurysms. **Results:** During surgical treatment, a modified pteriyonel skin incision was planned starting from contralateral pupilla level at the point hairy skin area and extending curvilinearly to the ipsilateral pteriyonel region. This modified craniotomy permitted to do pteriyonel craniotomy and left paramedian craniotomy in the same time. Pteriyonel craniotomy was done firstly. Sylvian dissection was performed to reaching down the aneurysmatic dilatation at the location of internal carotid artery bifurcation. Aneurysm was dissected and clipped. Secondly right paramedian frontal craniotomy was performed. Interhemisferic approach was done in the clipping of the pericallosal aneurysm. **Discussion:** In such cases the frontopteriyonel skin incision (a modification of pteriyonel incision) may be used in the performing of pteriyonel and paramedian frontal craniotomy.

Keywords

Bifurcation of Internal Carotid Artery; Aneurysm; Pericallosal Artery Aneurysm

DOI: 10.4328/JCAM.1351

Received: 25.10.2012 Accepted: 19.11.2012 Printed: 01.07.2014

J Clin Anal Med 2014;5(4): 283-6

Corresponding Author: Cengiz Çokluk, Ondokuzmayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Samsun, Türkiye.

T.: +90 3623121919/3086 F.: +90 3624576041 E-Mail: cengizcokluk@yahoo.com

Giriş

Subaraknoid kanama nöroşirürji pratiğinde sık olarak karşılaşılan bir klinik durumdur. Hastalığın nedenleri arasında sakküler anevrizmalar sıklıkla bulunmaktadır [1-3]. Subaraknoid kanamaya neden olan anevrizmalar genellikle tekli olarak görülürler [1-4]. Bununla birlikte kanayan anevrizmaya eşlik eden diğer anevrizmaların varlığı çok sık olmamakla birlikte bulunabilir [4-6]. Tek bir anevrizmanın saptandığı subaraknoid kanamayla gelen olgularda genellikle anevrizma çevresinden başlayan ve diğer sisternalara yayılan kanama mevcuttur. Bu hastaların cerrahi tedavisinde endovasküler veya cerrahi yöntemlerle anevrizma sistemik dolaşımdan elemine edilir [1].

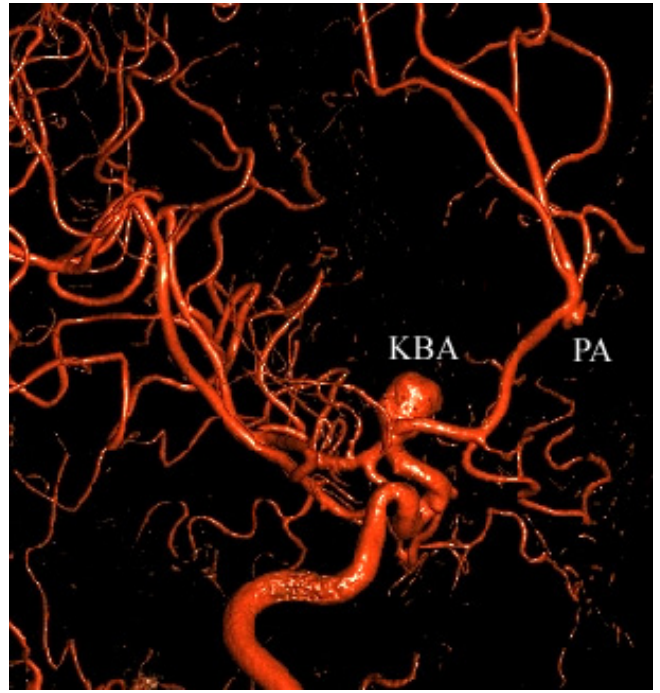
Eğer çoklu anevrizma tek taraf hemikraniyal mesafede yerleşik ise tek tarafa uygulanacak pteriyonel kraniyotomi ile tek seansta tedavi edilebilir [2, 7]. Ancak anevrizmalar her iki taraf intrakranial mesafede yerleşik ise, bu durumda kanayan tarafın öncelikle tedavi edilmesi, aynı seansta aynı kraniyotomi ile karşı tarafa ulaşılmaya çalışılması, ulaşılmaması zor bir noktada ise veya ulaşılsa bile güvenli klipslenmeleri mümkün değilse kanamayan anevrizmaların ikinci bir seansta bırakılması gereklidir [2, 4, 6, 7]. Üç boyutlu bilgisayarlı tomografi (3B-BT) anjiyografi ile anevrizma şekli, diğer arterlerle olan ilişkisi ortaya konulmakta ve anevrizma yüzeyleri detaylı olarak görüntülenebilmektedir. Anevrizma yüzeyinin düzgün olmaması, pseudoanevrizma varlığı gibi bulgular kanayan anevrizmanın hangisi olduğu hakkında bilgi verebilir. Dijital substarksiyon anjiyografi (DSA) ve üç boyutlu dijital substarksiyon anjiyografik (3B-DSA) bulgular anevrizmanın lokalizasyonu, perforan damarlarla olan ilişkisi, aynı damarda ikincil anevrizmaların varlığı ve anevrizmanın yüzeyi hakkında detaylı ve güvenilir bulguları sağlamaktadır [3]. Bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları da bu verilere eklendiğinde kanayan anevrizmanın hangisi olduğu hakkında fikir sahibi olunabilir [3]. Ancak her şeye rağmen tüm bu bulgular direkt cerrahi gözlem kadar kesin olmayabilir.

Bu yazıda daha önceden kanayan anevrizması klipse edilen subaraknoid kanama olgusunun insidental anevrizmaları ikinci bir seansta bırakılmış ve ikinci seansta ise kanamayan multiple anevrizmaları tek bir cilt insizyonu ve iki kraniyotomi ile tek seferde klipslenmiştir. Bu yazıda uygulanan cerrahi yöntem detaylarıyla anlatılmaktadır.

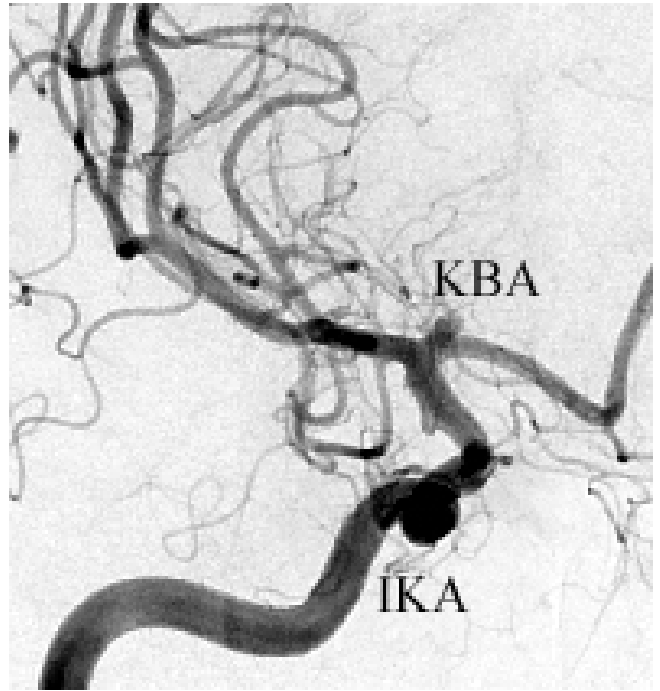
Olgu Sunumu

55 yaşında kadın olgu subaraknoid kanama kliniği ile geldi. Hastanın bilgisayarlı tomografi incelemesinde sol silviyan ve bazal serebral sisternalarda daha fazla olmak koşuluyla subaraknoid kanama saptandı. Ayrıca olgunun sol orbitofrontal korteks lokalizasyonunda hematomu mevcuttu.

Olgunun 3B-DSA ve DSA incelemesinde Sol ve sağ internal karotid arter bifurkasyon bölgesinde sakküler anevrizmaya ilave olarak perikallosal arterde anevrizma saptandı (Şekil 1 ve 2). Bu aşamada olguya iki aşamalı cerrahi tedavi yöntemi uygulamasına karar verildi. Tedavinin birinci aşamasında kanayan anevrizmanın tedavi edilmesi planlandı (Şekil 3 ve 4). İkinci aşamada ise kanamamış insidental anevrizmaların aynı seansta tek insizyonla ve iki kraniyotomi ile tedavisi planlandı (Şekil 5, 6, 7, 8). Birinci aşamada sol pteriyonel kraniyotomi ile olgunun kanayan anevrizması klipslendi (Şekil 3 ve 4). Ameliyat sonrası hasta hastaneden çıkarılarak ev ortamı içerisinde yaklaşık bir ay kadar



Şekil 1. Üç boyutlu dijital substarksiyon anjiyografide sağ internal karotid arter bifurkasyon birleşim bölgesinde ve perikallosal arterde sakküler anevrizma görülmektedir (KBA: karotid bifurkasyon anevrizması, PA: perikallosal anevrizma).



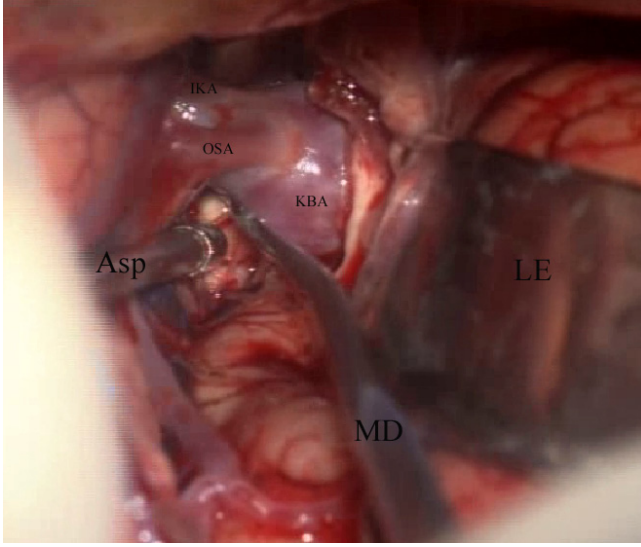
Şekil 2. Dijital substarksiyon anjiyografide sol internal karotid arterde sakküler anevrizmatik görünüm (KBA: karotid bifurkasyon anevrizması, İKA: internal karotid arter).

kalmasına izin verildi. Bir ay sonra hasta insidental anevrizmalarının cerrahi tedavisi amacıyla tekrar hastaneye yatırıldı.

Ameliyat Tekniği:

Hasta pozisyonu: Hasta supine pozisyonunda baş nötral ve 25 derecelik ekstansiyonda olacak şekilde ameliyat masasına yatırıldı. Baş kalp seviyesinden yüksekte kalacak şekilde masaya pozisyon verildi. Baş Mayfield çivili başlık ile üç noktadan sabitlendi.

Cilt insizyonu: Cilt insizyonunun başlangıcı karşı taraf pupil se-



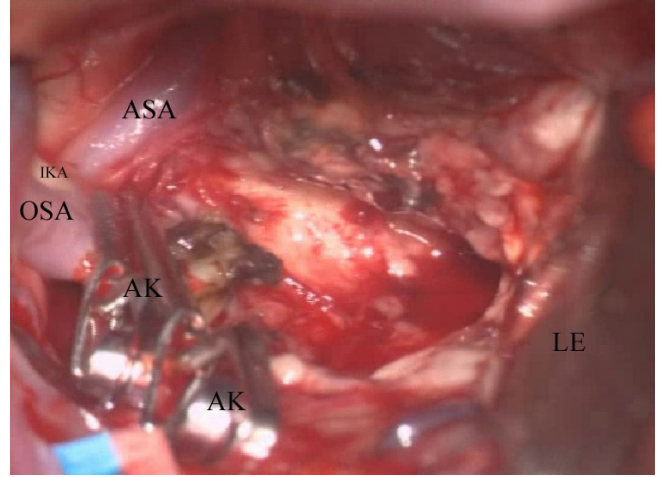
Şekil 3. Sağ internal karotid arter bifurkasyon bölgesinde kanamış anevrizmanın görünümü (KBA: karotid bifurkasyon anevrizması, OSA: orta serebral arter, IKA: İnternal karotid arter, LE: Leyla ekartör, MD: Mikrodisektör, Asp: Aspiratör).

viyesinden saçlı deriye çizilen düz hat üzerinde, saçlı ve saçsız deri birleşim yerindedir. Buradan başlayan insizyon sağ tarafta pteriyonel insizyon şeklinde devam ederek tragusun 1 cm kadar önünde sonlandırıldı.

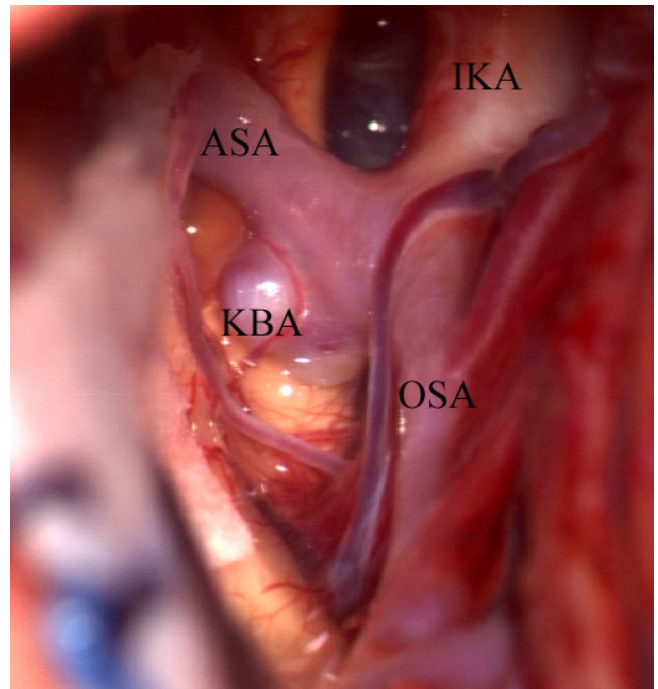
Anevrizma klipslenmesi: Hastanın cilt ve ciltaltı kesildikten sonra sağ pteriyonel kraniyotomi yapıldı. Dura mater açıldıktan sonra klasik şekilde distalden silviyan sisterni açılarak orta serebral arter dalları ortaya konuldu ve internal karotid arter bifurkasyon bölgesine ulaşıldı. Bu bölgede lokalize anevrizma boynu diseke edilerek çevre dokulardan ayrıldı ve bir adet Sugita anevrizma klipsi anevrizma boynuna yerleştirildi (Şekil 5, 6). Bu şekilde anevrizma sistemik kan sirkülasyonundan ayrıldı. Sahaya serbest papaverin bırakıldıktan sonra dura mater dikilerek kapatıldı ve sağ frontal bölge, para median alana ikinci bir kraniyotomi yapıldı. Dura mater orta hatta süperior sagittal sinüs üzerine doğru devrildi. Asıcı venlere dikkat edilerek frontal lop 1-2 cm kadar laterale ekarte edildi. Singulat girus bulunarak, perikallosal arterler tanımlandı ve diseke edildi. Anevrizmaya ulaşılarak anevrizma Sugita mikroanevrizma klipsi ile kapatıldı (Şekil 7, 8). Sahaya papaverin bırakılarak dura mater kapatıldı. Postoperatif dönemde hastada herhangi bir komplikasyon oluşmadı.

Tartışma

Subaraknoid kanamanın en önemli nedenleri arasında bazal serebral arter anevrizmaları gelemektedir [2, 4, 6, 7]. Genellikle anevrizmalar tekli olarak saptanır. Ancak olguların önemli bir bölümünde kanayan anevrizmaya diğer başka kanamamış anevrizmaların da eşlik ettiği bilinmektedir [2, 4, 6, 7]. Bu hastaların gerçek sıklığının bulunması kolay değildir. Bunun en önemli nedenleri arasında küçük anevrizmaların saptanmasındaki zorluk gelmektedir. Bu durum daha önceleri yaygın olarak kullanılan konvansiyonel anjiyografide daha yaygındı. Bu tetkik yöntemiyle 2-3 mm'den daha küçük anevrizmaların değerlendirilmesi ve tanınmasının güç olduğu yönünde bilgiler bulunmaktadır. Üç boyutlu bilgisayarlı tomografi ve üç boyutlu dijital subtraksiyon anjiyografiden sonra küçük boyutlu anevrizmaların tanımlanmasının kolaylaştığı açıktır [1, 3]. Ancak her şeye rağmen küçük boyutlu anevrizmaların gözden kaçma şansı her zaman için



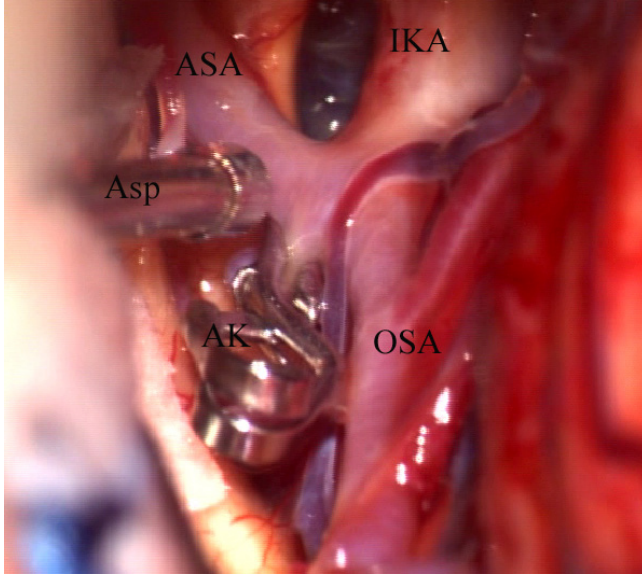
Şekil 4. Klipslenerek sistemik dolaşımdan ayrılmış sağ internal karotid arter bifurkasyon anevrizmasının görünümü (OSA: orta serebral arter, IKA: İnternal karotid arter, ASA: anterior serebral arter, AK: Anevrizma klipsi, LE: Leyla ekartör)



Şekil 5. Sol internal karotid arterde kanamamış anevrizmanın görünümü (OSA: Orta serebral arter, IKA: İnternal karotid arter, ASA: anterior serebral arter, KBA: Karotid bifurkasyon anevrizması).

bulunmaktadır.

Multiple intrakranial anevrizma olgularında kollajen doku hastalıkları veya genetik yatkınlık sık olmakla birlikte bu her zaman mutlak değildir. Anevrizmalar sağ veya sol hemisferik mesafelerde tek veya çoklu damarlarda görülebileceği gibi, her iki hemisferik bölgede aynı anda da görülebilir. Tek hemisferik bölgede görülen anevrizmalarda unilaterale çoklu intrakranial anevrizma terimi kullanılabilir. Bilateral hemisferik alanda görülen anevrizmalarda ise bihemisferik çoklu intrakranial anevrizma terimi kullanılabilir. Supratentorial ve infratentorial multiple anevrizmalarda ise yine benzer tanımlamalar kullanılabilir. Cerrahi girişim hastalığın tedavisinde uygulanan yöntemlerin başında gelmektedir [2, 4-7]. Cerrahi tedavide anevrizma boyunun diseksiyonu ve çevre dokulardan separasyon işlemi uygulanır. Bu işlem tamamlandıktan sonra anevrizma boynu klipslenmektedir. Bu şekilde anevrizma sistemik kan dolaşımından etkin olarak ayrılmaktadır [2, 4-7]. Bir-iki milimetrelilik anevrizma-



Şekil 6. Klipslenerek sistemik dolaşımdan ayrılmış sol internal karotid arter bifurkasyon anevrizmasının görünümü (OSA: orta serebral arter, IKA: İnternal karotid arter, ASA: Anterior serebral arter, AK: Anevrizma klipsi, Asp: Aspiratör).

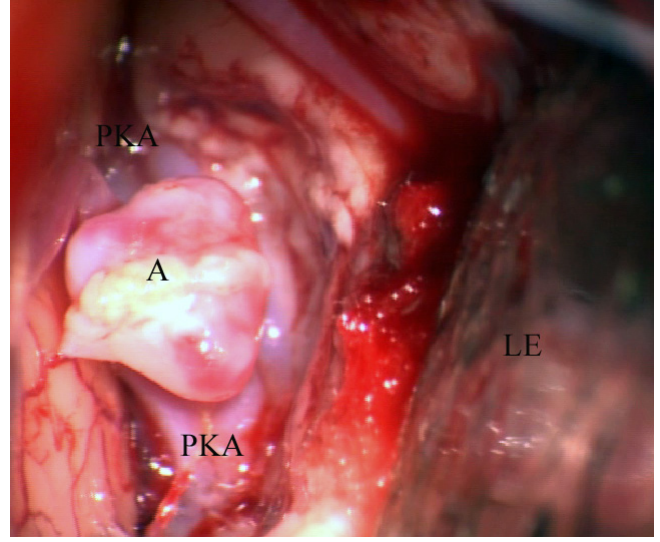
lar mikroanevrizma olarak tanımlanmaktadır. Bu anevrizmalarda boyun tam olarak gelişmediği için klipsleme genellikle zordur. Bu tip anevrizmalar genellikle dikkatli koagüle edilmekte ve hastanın kendisinden alınan adale parçası kullanılarak sarma işlemi yapılmaktadır.

Burada sunulan olgunun ilk ameliyatında subaraknoid kanamaya neden olan anevrizma öncelikle klipse edilmiştir. Kanamaya neden olmayan anevrizmalar ise ikinci bir seansa bırakılmıştır. Burada hastanın genel durumu, ameliyat riski, ameliyat süresinin uzunluğu, hastanın ameliyat sırasındaki ve ameliyat öncesi genel durumu oldukça önemlidir.

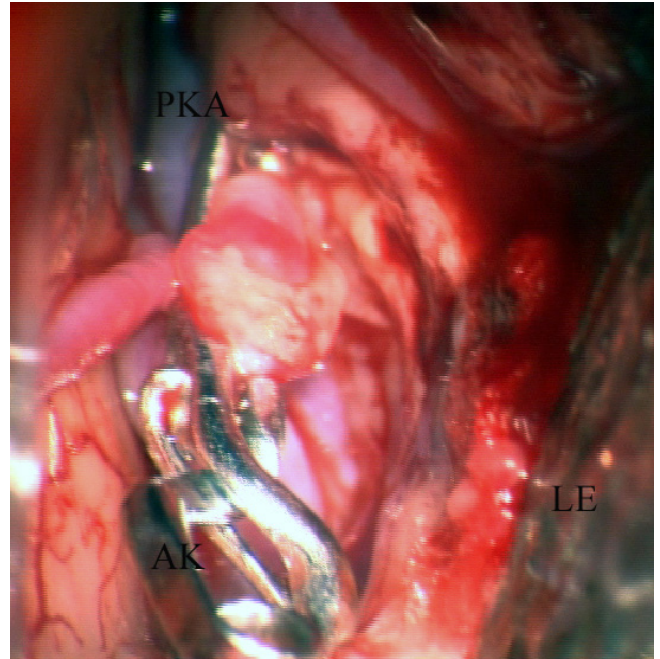
Hastanın ameliyatında kullanılan cilt insizyonu tek taraflı pteriyonel kraniyotomide kullanılan cilt insizyonundan 5-6 cm kadar daha uzundur. Orta hattı çaprazlamakta ve karşı taraf pupil hizasına kadar uzanmaktadır. Kozmetik deformite oluşturmayacak şekilde saçlı deri içerisinde kalmaktadır. Bu insizyon hem pteriyonel kraniyotomi hem de frontal paramediyen kraniyotomi oluşturacak kadar yeterli alan sağlamaktadır. Dolayısıyla tek oturumda hastaya iki ayrı kraniyotomi yapılabilmektedir. Hastanın pozisyonu nötral ve ekstansiyonda olmalıdır. Dolayısıyla bu pozisyon hastanın hem orta serebral-internal karotid arter anevrizmalarına ulaşımı kolaylaştıracak şekilde ve hem de perikallosal artere ulaşımı sağlayacak şekilde kolaylık sağlamaktadır. Çoklu intrakranial anevrizmalarda amaç tek kraniyotomi ile aynı taraf veya karşı taraf mümkün olan en çok anevrizmanın güvenle klipslemek olmalıdır. Ancak bu yapılmıyorsa iki ayrı kraniyotomi tek bir cilt insizyonundan yapılmalıdır. Burada yapılan frontopteryonel cilt insizyonu tek taraf pteriyonel kraniyotomi ile ulaşılan orta serebral arter, internal karotid arter, anterior kominikan arter ve baziller arter anevrizmalarına ulaşımı sağlamakta aynı zamanda aynı taraf ve karşı taraf paramediyen kraniyotomi yapılmasına da olanak tanımaktadır. Böylece tek seansta perikallosal arter lokalizasyonlu anevrizmaların klipslenmesine de olanak tanır. Bu tip cerrahi girişimlerde frontopteryonel insizyon güvenle kullanılabilir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı be-



Şekil 7. Kanamamış perikallosal arter anevrizmasının görünümü (LE: Leyla ekartör, PKA: Perikallosal arter, A: Anevrizma).



Şekil 8. Klipslenerek sistemik dolaşımdan ayrılmış perikallosal arter anevrizmasının görünümü (LE: Leyla ekartör, PKA: Perikallosal arter, AK: Anevrizma klipsi).

yan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Coon AL, Paul AR, Colby GP, Lin LM, Pradilla G, Huang J, et al. Comparison of tertiary-center aneurysm location frequencies in 400 consecutive cases: Decreasing incidence of posterior communicating artery region aneurysms. *Surg Neurol Int* 2011;2:152.
2. Krayenbühl H, Yaşargil MG, Flamm ES, Tew JM Jr. Microsurgical treatment of intracranial saccular aneurysms. *J Neurosurg* 1972;37(6):678-86.
3. Qian Y, Takao H, Umezumi M, Murayama Y. Risk analysis of unruptured aneurysms using computational fluid dynamics technology: preliminary results. *AJNR Am J Neuroradiol* 2011;32 (10):1948-55.
4. Krayenbühl H, Yaşargil MG. Diagnosis and therapy of intracranial aneurysms. *Surg Annu* 1970;2:327-43.
5. Hernesniemi J, Niemelä M. Clipping of a ruptured aneurysm with clot removal in one session: still gold standard of treatment. *World Neurosurg*. 2010;74 (6): 579-80.
6. Yaşargil MG, Fox JL. The microsurgical approach to intracranial aneurysms. *Surg Neurol*. 1975;3 (1):7-14.
7. Yaşargil MG, Boehm WB, Ho RE. Microsurgical treatment of cerebral aneurysms at the bifurcation of the internal carotid artery. *Acta Neurochir (Wien)* 1978;41(1-3):61-72.